

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 083.511.463-39	Nome completo da vítima ALDEMIR VALENTE DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	---

<b>DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL</b>	
Nome completo ALDEMIR VALENTE DA SILVA	CPF titular da conta 083.511.463-39
Endereço RUA DO MULUNHO	Número 545
Bairro BELA VISTA	Cidade PIMBU
Estado PARAIBA	CEP 58324-000
Email	Telefone (DDD) (83) 99589-9143
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.	

<b>FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS</b>			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome _____ NRO _____	
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 09 de JULHO de 2018 Local e Data x <i>Aldemir Valente da Silva</i> Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 JUL 2018 <i>[Assinatura]</i> Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
---	--



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

177-577414414-0

HORA DF 07:58:50

26/JUN/2018

TERM 012075

LOI 13-018160-9

LOCALIDADE: CAAPORA

AG. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 177400783

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FÁCIL

NOME: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

AGENCIA: 1033

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.105.322-6

DATA DA ABERTURA: 26/06/2018

LOTÉRIAS CAIXA

177-577414414-0

1ª VIA



Scanned by CamScanner



**BOLETIM DE OCORRENCIA nº 270/2018**

**Data e hora do Registro do Boletim de Ocorrência:** 12/06/2018 ÀS 09h50min

**Versando Sobre:** Acidente motocicleta

**Data do ocorrido:** 19/08/2017, por volta das 18h00min

**COMUNICANTE:** Aldemir Valentim da Silva

**Nacionalidade:** Brasileiro

**Naturalidade:** Alhandra – PB

**Idade:** 33 ANOS

**Data de Nascimento:** 14/02/1986

**Estado Civil:** Solteiro

**Profissão:** Agricultor

**Identidade:** 3046049 SSP/PB

**CPF:** 083.511.464-39

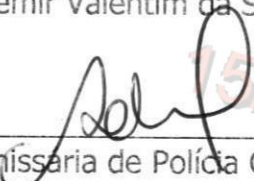
**Filiação:** Jose Carlos Valentim da Silva e de Marta Jovencio da Silva

**Endereço:** Rua da Praia, – Ponta de Coqueiros – Pitimbu – PB

**Telefone** 83.9 9889.9143

**HISTÓRICO:** Afirma o notificante, QUE, no dia 19/08/2017 por volta das 18horas estava conduzindo a sua motocicleta HONDA CG 150 FAN, de placa OYY 3703, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2014, CHASSI 9C2KC1680ER509533, RENAVAM 997994150, nas proximidades do Sítio das Moças, neste município, quando um veículo que vinha pela contra mão colidiu na sua moto; QUE, no momento do acidente, o notificante desmaiou e acordou somente quando se encontrava no veículo SAMU; QUE, não sabe informar os dados do veículo que colidiu em sua moto; QUE, foi socorrido para o Hospital de Trauma da cidade de João Pessoa/PB, apresentando dor e ferimento na face, coxa direita, conforme Laudo Médico, CID S72.3. QUE, NÃO possui habilitação; Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica).

  
Aldemir Valentim da Silva

  
Comissária de Polícia Civil

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 106-João Pessoa/PB





SAMU  
192



Prefeitura Municipal de Alhandra  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



SAMU  
192

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: USB- 42

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
19.08.17	1796264	Aldemir Valentim da Silva	27	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
Local da Ocorrência	Bairro	Médico Regulador		
Pi	Acou	Galvina		
Opção de Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> Outros:				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorro por Telefone <input type="checkbox"/> Resgate e Atendimento <input type="checkbox"/> Socorro pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outros:				
TEMPO DE RESPOSTA - HORAS: _____ MINUTOS: _____				

Tipo de Agravamento (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

☐ TRAUMÁTICO ☐ CLÍNICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO  
☐ TRANSFERÊNCIA - PROCEDENTE DO: \_\_\_\_\_  
☐ OUTRO: \_\_\_\_\_  
 CENÁRIO: Policial Acidente x Moto

EXAME FÍSICO

☐ FALSO ☐ CONVULSIVO ☐ ICTÉRICO ☐ SUDOREICO ☒ PELE FRIA  
☐ POLEMO ☐ ISOCÓRICO ☐ ANISOCÓRICO ☐ MIÓTICO  
☒ Lesão direta  
☐ TAQUIPNEIA ☐ HEMATÊMESE ☐ HEMOPTISE

Tipo de Ferimento e Local:

DESTINO

Local: Injúria

Responsável:

CRM: 1590

Função:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

DADOS VITAIS

VIAA: ☒ Livre ☐ Obstruída RESPIRAÇÃO: ☒ > 30 irpm ☐ < 30 irpm PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☒ Normal PAS: ☐ > 90 mm Hg ☐ < 90 mm Hg

PA: \_\_\_\_\_ FC: 79 FR: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_ E. Comat: \_\_\_\_\_ SpO2 s/ O2: 99 SpO2 c/ O2: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

• DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_  
 • INTERVENÇÕES: \_\_\_\_\_  
 • EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Última, paciente consciente, apresentando lesão direta no membro superior direito, com ferimento aberto, com perda de sangue visível. Repulso para o trauma.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ CORE: \_\_\_\_\_  
 TAC: Eng. João

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUL 2018

Centro Seguradora S/A.  
Dom Pedro II



MARTA JOVENIO DA SILVA  
RUA DO MUCUM, S/N - CENTRO  
ACAUPE/PE CEP 58325000 (AG 19)

Emissão: 17/07/2018 Referência: Jul / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL/BAIXA TENSÃO MONOFÁSICO  
Roteiro B - 255 - 700 - 5510 Nº medidor 00008656391

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA  
Cristo Redentor - João Pessoa  
CNPJ 09.095.183/0001-40

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica  
Cód. para Débito Automático

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

CPF / C

Jul / 2018

17/07/2018

16/08/2018

551.663.64

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1473

Canal de contato

- Tanta Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Data  
15/06/18

Leitura  
15109

Data  
17/07/18

Leitura  
15187

1

88

Demonstrativo

Descrição

Quantidade (Unid.) Valor Base (R\$) Valor Base (R\$) Base (R\$) Base (R\$)

Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS Pá/Cot (R\$)

Consumo até 30kVh-BR

30,000 0,245940

7,37

7,37 25

1,04

7,37

Consumo - 31 a 100kVh-BR

58,000 0,421810

24,45

24,45 25

0,11

24,45

Adic. B Vermelha

3,27

3,27 25

0,82

3,27

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

[3 de] 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 776 SL. 106-João Pessoa/PB



# vivo

## Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A

Av. Engenheiro Luiz Carlos Bette, 1376  
Ed. Rio Norte  
Cidade: Maringá  
CEP: 86071-026 - São Paulo - SP  
CNPJ: 02.558.157/0001-42  
Insc. Est.: 10826304/113  
http://www.vivo.com.br

Nome: IVO JOSE DE LUCENA NETO  
Endereço: AV JOAO MACHADO 553 SL 09 CENTRO - 58013-520 - JOAO PESSOA / PB  
Código do cliente: 8999 6711 1400 DV 0  
Mês de referência: Julho/2018  
Número da fatura: 0642846816-0 Tipo de cliente: Residencial  
Estado de instalação: Paraíba

15/07/2018  
77,98

## Descrição da sua fatura

### RESUMO

#### PRESTADORA TELEFONICA

Plano Contratado / Serviços Mensais

Internet

Vivo Fibra 15 Mbps

Telefone

Vivo Fixo Simples - Assinatura Mensal

Pacote de Serviços Vivo Fazer

Total

VALOR (R\$)

74,93

2,99

0,00

77,98

TOTAL GERAL A PAGAR

77,98

## Histórico de consumo

Total utilizado no mês de  
anterior com vencimento em

Tipo de Ligação Mês Junho Julho

## Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).

Telefonia fixa e internet: 103 15.

Para TV por assinatura: 106 15.

Pessoas com necessidades especiais  
de fala/audição, ligue 142.

Para saber qual a loja Vivo

mais perto de você acesse

[www.vivo.com.br](http://www.vivo.com.br)

O relatório detalhado está disponível

em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)

e pode ser solicitado impresso,

de forma permanente ou não.

## Mensagem para você

A partir de 27/07/2018 sua banda larga contará com mais  
uma novidade: serviços digitais Cartoon Network Já,  
Discovery Kids On, Esporte Interativo Plus, Vivo Games4U e  
WatchESP. Você poderá acessá-los por aplicativos no  
celular ou sites, quando e onde quiser. Saiba mais em  
[www.vivo.com.br/consulta-bi](http://www.vivo.com.br/consulta-bi)

Alguns serviços de banda larga, TV e telefonia fixa terão os  
valores reajustados a partir de 1/8/18. Consulte os novos  
valores do seu plano em [www.vivo.com.br/consulta-planos](http://www.vivo.com.br/consulta-planos)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 AG 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 776 SL 106-João Pessoa/PB

## AVISO IMPORTANTE

Nossos registros indicam débito(s) pendente(s) no valor de R\$ 81,72. Para suspensão do serviço e consequentes  
desnecessárias pagando sua conta em dia. Caso já tenha pago até 01/07/2018 favor desconsiderar esta  
mensagem.

Importante: manter o pagamento em dia e evitar a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados  
encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por indenização é realizado em conformidade com as Resoluções: Resolução-Pres. STFC artigo 32 de Resolução Anatel nº 426/2005 para  
SCM artigo 46 de Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 17 de Resolução 466/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e [www.anatel.gov.br](http://www.anatel.gov.br). Recurso de  
atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(097) PSAB/042/POS/SCM (0M) PA125/limitado 125

Distribuição Assin

Assinatura Mecânica

Nome do Cliente

IVO JOSE DE LUCENA NETO

Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial

Código do cliente

8999 6711 1400

Código para Cadastro de Débito Automático

899967111400-0

Número da Fatura

0642846816-0

Data de Vencimento

15/07/2018

Valor a Pagar (R\$)

77,98

84580000000 8 77960082089 5 99671114000 3 64284681699 8

# vivo





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

CPF da Vítima

083.511.464-39

Data do Acidente

19/08/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

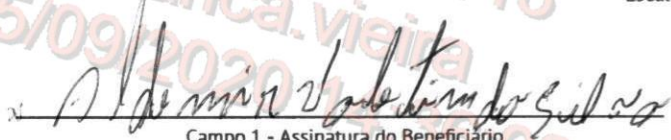
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 09 de julho de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMONIM inscrito (a) no CPF 625.755.973 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALDEMIR VALENTIM DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.511.464 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALDEMIR VALENTIM DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.511.464 / 39 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. JOÃO MACHADO</u>		Número <u>553</u>	Complemento <u>SALA 09</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.013-520</u>
Email <u>CARLOS EDUARDO AMONIM.ADV@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 3021.7041</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99379-3521</u>

JOÃO PESSOA, 03 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Carlos Eduardo Ribeiro Amonim

Assinatura do Declarante






ASL-0255903/18  
bianca.vieira  
15/09/2020 14:38:52

ASL-0255903/18  
bianca.vieira  
15/09/2020 14:38:52

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO



INSCRIÇÃO: 21403

NOME  
CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM

FILIAÇÃO  
JOSÉ AMORIM NETO  
MARIA LUCIA RIBEIRO AMORIM

NATURALIDADE  
FORTALEZA-CE

DATA DE NASCIMENTO  
29/09/1981


RG  
94002288697 - SSP/CE

CPF  
625.755.973-15

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS  
NÃO

VIA  
01

EXPEIDIDO EM  
15/10/2015

  
ODON BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO  
PRESIDENTE

DEPARTAMENTO DE REGISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 JUL 2018  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 775 St. 106-João Pessoa/PB

ASL-0255903/18  
bianca.vieira  
15/09/2020 14:38:52

ASL-0255903/18  
bianca.vieira  
15/09/2020 14:38:52

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12741245

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR  
Carlos Eduardo Ribeiro Amorim





OBSERVAÇÕES

ASL-0255903/18  
bianca.vieira  
15/09/2020 14:38:52

ASL-0255903/18  
bianca.vieira  
15/09/2020 14:38:52



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA P.900

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3046049 DATA DE EXPEDIÇÃO 07 AGO 2002

NOME ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

FILIAÇÃO José Carlos Valentim da Silva  
Marta Jovêncio da Silva

NATURALIDADE Alhandra-PB DATA DE NASCIMENTO 14.02.1986

Cert. Nasc. Nº 3577. fls. 222. liv. A-4.  
Cart. de Pitimbu-PB

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

083.511.464-39

Nome  
ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

Nascimento  
14/02/1986

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão  
Junho/2006

CORREIOS  
www.correios.com.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 106-João Pessoa/PB

9994604339  
LUCIANA (PITIMBU)

TRABALHA







## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255903/18  
Vítima: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA  
CPF: 083.511.464-39

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/08/2017  
Titular do CPF: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ALDEMIR VALENTIM DA SILVA : 083.511.464-39**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

**CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM : 625.755.973-15**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/07/2018  
Nome: CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM  
CPF/CNPJ: 625.755.973-15

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2018  
Nome: ALINE GOMES DE BRITO  
CPF: 079.445.364-30

CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM

ALINE GOMES DE BRITO





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180322428 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALDEMIR VALENTIM DA SILVA **Data do acidente:** 19/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.  
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS DA FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO(FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS) E FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Fernanda C. G. Fonseca*





## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

**OUTORGANTE: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA**, brasileiro, empregado doméstico, inscrito no CPF/MF sob o nº 083.511.464-39, RG nº 3.046.049 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua do Mucunho, 545, Praia de Acaú, Pitimbu – PB, CEP: 58324-000, sem endereço eletrônico.

**OUTORGADO: IVO JOSÉ DE LUCENA NETO**, Advogado, OAB/PB nº 21.296, e-mail: ivolucena@gmail.com e **CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM**, Advogado, OAB/PB 21.403, e-mail: carloseduardoamorim.adv@gmail.com, todos com escritório profissional sito na Av. João Machado, nº 553, Empresarial Plaza Center – Sala 09, Centro – João Pessoa/PB, CEP 58.013-520, onde recebem informações e notificações.

**PODERES:** Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula “ad judicium et extra”, para, em nome do Outorgante, perante a **Seguradora Líder** ou qualquer seguradora do grupo, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, **REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT** defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses do Outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os; conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, em es para propor Ação, podendo inclusive, **RENUNCIAR AOS VALORES QUE EXCEDEREM O TETO DELIMITADOR DOS JUÍZADOS ESPECIAIS ESTADUAIS E/OU FEDERAIS** TEMPO DO AJUIZAMENTO DA AÇÃO.

João Pessoa, 18 de junho de 2018.

  
OUTORGANTE

Condomínio Empresarial Plaza Center – Sala 09 Av. João Machado, 533 – Centro – João Pessoa/PB  
CEP: 58013-520 – Contato: 83 3035.8071

SERV. NOTARIAL E REGISTRAL JERONIMO LEITE  
Praça Senhor do Bonfim, 140, Centro, Pitimbu - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de  
ALDEMIR VALENTIM DA SILVA  
Dout. fe. Pitimbu/PB - 20/06/2018  
Tabela Bel. Antonio Jerônimo Leite  
Selo Digital: ACR 42508-HI 1N  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.ju>  
Emol. R\$ 9,48 I ARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 TEPJ R\$ 0,15

SERV. NOTARIAL E REGISTRAL  
"JERONIMO LEITE"  
1ª Oficial de Notas  
Antonio Jerônimo Leite  
Oficial Titular  
Pitimbu - Paraíba



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000105322-6

---

Nr. da Autenticação D1F2213E10DD732B